



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ADMINISTRACIÓN



Verificación de la seguridad del paciente en el Block Quirúrgico del Sanatorio Americano

Autores:

Br. Martínez Henry.
Br. Ocampo Ernesto.
Br. Suhr Mariela.
Br. Tort Darío.
Br. Vega Viviana.

Tutora:

Prof. Agdo. Mg. Lic. En Enfermería Rosa Sangiovanni.

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo 2013

AGRADECIMIENTOS

En toda experiencia Universitaria, el Trabajo de Investigación Final, es el momento de culminación de la etapa Académica, y el logro de los objetivos.

Primeramente a los pacientes que nos ha tocado asistir durante estos tantos años de carrera, que han confiado en nosotros y han permitido así que aprendiéramos y valoráramos el verdadero quehacer de nuestra profesión.

A los docentes con los que hemos compartido cada etapa, año a año, que han puesto lo mejor de sí para formar verdaderos y dedicados profesionales.

A las flías por la paciencia, el apoyo e incentivo constante siempre apostando al logro de las metas.

A nuestra docente tutora Rosa Sangiovanni, por compartir sus conocimientos, por guiar nuestras ideas y por su dedicación permanente.

A todos los Lic. Jefes del Sanatorio Americano, quienes nos brindaron la autorización para llevar a cabo nuestra investigación, evacuaron nuestras dudas y brindaron el apoyo necesario para que fuera posible terminar el estudio con los mejores resultados.

Es importante decir que esta investigación ha implicado para cada uno de sus autores gran entrega, esfuerzo y compromiso pero sin la desinteresada participación de cada una de las personas nombradas no hubiera sido posible.

Gracias a todos.

ABREVIATURAS

Lic.: licenciado.

Mg: Magister

Br: Bachiller

Lista: Lista de Verificación Quirúrgica.

Block: Block Quirúrgico.

ATB: Antibióticos.

I/V: Intravenosos.

SIGLAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

MSP: Ministerio de Salud Pública

AMS: Asamblea Mundial de la Salud

FNR: Fondo Nacional de Recursos.

IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica

EE.UU: Estados Unidos

UCI: Unidad de Cuidados Intermedios

CTI: Cuidado de Tratamiento Intensivo

PA: Presión Arterial

FA: Frecuencia Absoluta

FR%: Frecuencia Relativa Absoluta

ÍNDICE

Autores	1
Agradecimientos	2
Abreviaturas y Siglas	3
Índice	4
Resumen	5
Palabras Clave	7
Introducción	8
Marco Teórico	10
Diseño Metodológico	19
• Método e Instrumento de recolección de datos	
• Plan de tabulación y análisis	
• Variables de Investigación	
• Recursos necesarios	
Análisis y Gráficos	30
Discusión	49
Conclusión	52
Bibliografía	56
Anexos	58

RESUMEN

"La Lista de Verificación quirúrgica es una herramienta utilizada exclusivamente en los sectores de Block Quirúrgicos de todas las instituciones de salud del mundo; tiene como objetivo brindar un recordatorio prospectivo de las correctas prácticas de salud necesarias que aseguren el bien estar del paciente que será intervenido quirúrgicamente en un tiempo y lugar determinado."

El objetivo de este estudio tiene como propósito verificar la aplicación de la Lista de Verificación el cual debería implementarse en la totalidad de las cirugías cardíacas en pacientes adultos, en el periodo de tiempo comprendido entre Octubre de 2012 y Febrero de 2013, por el personal responsable del Block quirúrgico, ubicado en el 5° piso del Sanatorio Americano, Montevideo, Uruguay.

Se realizó una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo de corte transversal. La recolección de datos se realizó a través de la revisión de todas las Listas de Verificación aplicadas en el periodo anteriormente mencionado, determinando la calidad de llenado de las mismas, teniendo en consideración las variables seleccionadas con sus categorías correspondientes.

El Universo del estudio corresponde a todas las Listas de Verificación aplicadas en el block quirúrgico del Sanatorio Americano.

La muestra seleccionada fue de 345 Listas de Verificación aplicadas a todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente por anomalías cardiológicas.

Los principales resultados que se desprendieron del presente estudio fueron; de un total de 345 Listas de Verificación quirúrgica analizados, la media muestral de Incompletos encontrado en la Primera Fase fue de un 6,5%, en la Segunda Fase un 2,6% y finalmente en la Tercera Fase un 11,4%. Destacando entonces que el llenado en la primera fase fue incompleto, en la segunda fase fue levemente incompleto y se encontró muy incompleto en la tercera.

Para determinar el porcentaje Total de Incompletos, se calculó la media muestral; sumatoria de Frecuencias Relativas porcentuales de todas las

categorías, entre el número total de éstas, lo que se obtuvo un 6,7%, de Incompletos totales en toda la muestra analizada.

PALABRAS CLAVE

Segundo Reto Mundial
Seguridad del Paciente
Sanatorio Americano
Lista de Verificación
Anestésico Quirúrgico
Block Quirúrgico
Verificación de aplicación

INTRODUCCIÓN

Este estudio fue realizado por cinco estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería cursando el cuarto módulo, de la carrera de Licenciatura en Enfermería (Plan de Estudio 1993), realizando el trabajo de investigación final, correspondiente a la cátedra de Administración.

El mismo pretende verificar la calidad de llenado de las "Listas de Verificación" analizadas, determinando cuan Completa u Incompletas se presentan las mismas y en qué medida.

Por lo que nos planteamos las preguntas ¿La Lista de Verificación se aplica de forma completa y en la totalidad de intervenciones quirúrgicas cardiológicas a pacientes adultos realizadas en el Block Quirúrgico del Sanatorio Americano en el periodo comprendido entre Octubre de 2012 y Febrero del año 2013?

¿Cuan Completas u Incompletas se presentan la totalidad de las Listas analizadas? ¿En cuál de las Fases de la Lista se encuentra el mayor porcentaje de Incompletos? ¿Cuáles son las categorías que se presentan mayormente incompletas?

La atención quirúrgica es uno de los componentes principales de la asistencia sanitaria, estando directamente relacionada con la creciente incidencia de enfermedades que requieren de un tratamiento quirúrgico.

El estudio de los eventos adversos que se pueden provocar por errores en la práctica quirúrgica es un tema de estudio mundial desde hace décadas, la cual generó el interés de las Instituciones Internacionales y Regionales, llevando a la toma de medidas que logren reducir las cifras de los mismos, con el fin de disminuir la tasa de mortalidad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente y evitar discapacidades que pueden llevar a influir de forma directa en el Proceso Salud Enfermedad de las personas.

Con esta finalidad, la OMS crea "La Alianza Para la Seguridad del Paciente" implementa un instrumento de control simple, fácil de establecer y con efectos profundos, denominado Lista de Verificación.

La utilización de esta herramienta adquiere gran importancia al consolidar prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar una mejor comunicación y trabajo entre el equipo interdisciplinario del Block Quirúrgico.

La lista de verificación no debe ser un instrumento normativo ni un elemento de política oficial, debe ser entendido como una herramienta para los profesionales de la salud comprometidos con la seguridad de su que hacer y del paciente, disminuyendo así el número de complicaciones. Esto no solo arraigara una mejor calidad de la atención al usuario si no una reducción del costo socio - económico para los pacientes y para las instituciones.

Esta debe adoptarse como una cultura mínima en la seguridad del paciente, bajo el compromiso del personal que lo maneja, minimizando así los riesgos que ponen en peligro su bien estar y que son sumamente evitables.

Se realizo una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo de corte transversal, se tomo una muestra compuesta por 345 Listas de Verificación quirúrgica, no probabilística, por conveniencia, de modo consecutivo, en el período comprendido entre Octubre de 2012 a Febrero de 2013.

La recolección de datos se realizo a través de la revisión de todas las Listas de Verificación aplicadas en el periodo y sector ya mencionado, teniendo en consideración tres variables principales correspondientes a las tres Fases presentes en la Lista, las cuales fueron desglosadas en categorías correspondientes. Luego se tabularon datos los cuales fueron analizados y contrastados con el Marco Teórico para luego llegar a una Conclusión final.

MARCO TEORICO

La seguridad del paciente es un tema importante que ha venido tomando fuerza en las últimas décadas siendo un problema de estudio y gestión por diferentes organizaciones e instituciones de salud.

El estudio de la calidad de la atención en la salud ha demostrado que prever los eventos adversos, corregir los errores y aprender de ellos es indispensable para crear un clima de seguridad que lleve al mejoramiento de la calidad de atención en salud.

Historia de la seguridad del paciente:

En 1961 el Dr. Avedis Donabedian realizó el primer artículo sobre calidad de atención en salud, mostrando que los problemas de salud están relacionados con su entorno, incluyendo la atención sanitaria en las Instituciones de Salud. (1).

En 1981 Brennan y Cols publicaron los resultados de un estudio de Harvard llamado Práctica médica que alertaban la importancia de los errores en la atención médica. (2).

En 1991 se realizó un segundo estudio retrospectivo de la Universidad de Harvard llamado Práctica médica II, dando como resultado la presencia de Eventos adversos en la atención, donde el 48% estaban relacionados a complicaciones en cirugía. (2)

¹ Donabedian, A. Evaluation of the Quality of Medical Care. The Milbank Memorial Fund Quarterly, July 1966 (Part 2) 44:165-203.

² Brennan, T.A., et al: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Result of Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1981; 304:638-42.

El mismo año el Quality in Australian Health Care Study realizó el estudio en 28 hospitales del Sur de Australia y Nueva Gales del Sur, dando como resultado una tasa de Eventos Adversos de 16,6% siendo 51% prevenibles. (3).

En 1999 el Instituto de Medicina de los EE.UU publicó un informe titulado "errar es humano Construyendo un sistema de salud más seguro" que alertaba sobre errores en la atención responsables de 98.000 muertes de pacientes por año en los hospitales de EE.UU. (4)

En el año 2002 en la AMS (Asamblea mundial de la Salud) aprobó la resolución WHA 55.18 urgiendo a los países a fortalecer la seguridad de la atención de salud y los sistemas de monitoreo, solicitando a la OMS asumiera el liderazgo en la determinación de normas y estándares globales y apoyaran a los países en los esfuerzos de preparar políticas y prácticas de seguridad.

En el año 2004 la OMS aprobó la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes (World Alliance For Patient Safety) con el propósito de facilitar las políticas y prácticas en seguridad de los pacientes, desarrollando sus actividades en campañas, llamados Desafíos Mundiales de Seguridad del Paciente.

En el año 2005 se lanza el primer desafío destinado a promover una campaña mundial para disminuir las infecciones nosocomiales bajo el lema "una atención limpia es una atención más segura" y en el año 2007 se lanza el segundo reto llamado "Cirugía segura salva vidas", el cual es el tema de este estudio de investigación. (5)

³ Wilson, R.M; Runciman, W.B.; Gibbard, R.W.; Harrison, B.T.; Newby, L.; Hamilton, J.D.: The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 1995;163:458-71.

⁴ Kohn, L.T.; Corrigan, J.; Donaldson, M.S.: To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press 2000.

⁵ OMS Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Segundo Reto Mundial por la seguridad del paciente. La Cirugía Salva Vidas – WHO/IEP/PSP/2008.07 Organización Mundial de la Salud, Francia 2008. Disponible en línea en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70084/1/WHO_

Entre los años 2007 y 2008 la OMS y la OPS, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y 5 países de Latinoamérica llevaron a cabo el estudio en nuestra región llamado IBEAS de prevalencia de eventos adversos en los hospitales de Latinoamérica teniendo como objetivo conocer la incidencia y prevalencia de Eventos Adversos en los hospitales de Latinoamérica. (5)

"Cirugía Segura Salva Vidas"

El 2º Reto "La cirugía segura salva vidas", lanzado en enero del 2007 por la Asamblea Mundial de la Salud, se lleva a cabo a través de una Lista de Verificación para abordar cuestiones de seguridad importantes, basado en 4 líneas de acción. (5)

Esta Lista de Verificación tiene como objetivos lograr que el equipo asistencial operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto, que utilizará métodos que se sabe previenen daños por efectos de la anestesia y protegen al paciente del dolor, que se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o acceso a la vía aérea y para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, se evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas, se utilizarán métodos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica, evitando dejar accidentalmente gasas o instrumentos en ella, se guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas. El equipo deberá comunicarse eficazmente e intercambiará información fundamental sobre el paciente para que la operación se desarrolle de forma segura (5).

Esta Lista se aplicó en un estudio piloto en 8 países industrializados mostrando una tasa de muerte peri operatoria de la cirugía con ingreso de 0,4 al 0,8 % y

una tasa de complicaciones mayores de 3 a 11 %. Como resultados post-aplicación de la Lista de Verificación se obtuvo que las tasas de complicaciones postoperatorias en general se redujeron en un 36% en promedio. (6).

La Lista de Verificación puede ser modificada por el interés de cada institución, pero se deben seguir los siguientes principios: Centrada, Breve, Procesable, Verbal, Probado, Integrado y Colaboración. (Ver Anexo N°1)

La Lista de Verificación divide la operación en tres fases, que se corresponden con un periodo de tiempo concreto en el curso normal de un procedimiento quirúrgico: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior (Salida). (7).

En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el encargado de rellenar la Lista de Verificación confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas.

Antes de la inducción de la anestesia (Entrada), el encargado de rellenar la Lista de Verificación confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado.

⁶ Haynes A.B., T.G.Welser, W.R. Berry, S.R. Lipsitz, A.S. Bretzat, E.P. Dellinger, T.erbosa, S. Joseph, P.L. Kibatala, M.C.M. Lapitan, A.I. Merry, K. Moorthy, R.K. Reznik, B.Taylor, and A.A. Gawande, A Surgical Safety Checklist to reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N Engl J Med 2009; 360:491-9.

⁷ Organización Panamericana de la Salud. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad la cirugía 2009: la cirugía segura salva vidas. Disponible en línea en http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa.pdf

Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y revisará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia y la medicación.

Lo ideal es que el cirujano esté presente en la fase de entrada, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la Lista. (7)

Antes de la incisión cutánea (Antes de iniciar la cirugía), se verifica la presencia de todos los miembros del equipo en block, identidad del paciente, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento. El instrumentista confirma que la esterilización del instrumental y equipo se encuentre en óptimas condiciones y que los equipos especiales se encuentren disponibles. Anestesiólogo comunica verbalmente los aspectos críticos del paciente que incluyen que el paciente se encuentre adecuadamente monitorizado y con el Oxímetro colocado. El Cirujano comunicara verbalmente los pasos críticos del procedimiento y alternativas, el procedimiento a realizar, el sitio quirúrgico y la duración aprox. del procedimiento.

El encargado de rellenar la Lista de Verificación confirmará visualmente si se administraron anticoagulantes y antibióticos profilácticos. (7)

Al iniciar el cierre de la incisión parietal (Antes de la salida de sala de operaciones)

Se confirmara verbalmente con el equipo el nombre del procedimiento, el instrumentista confirma el recuento de gasas y agujas. Se confirmara verbalmente con el equipo el rotulado adecuado de: Muestras para Laboratorio, Pieza/s de Anatomía Patológica. El Médico Cirujano, Anestesiólogo y Enfermero revisan puntos críticos a tener en cuenta para en consideración en la etapa post-operatoria que cursara el paciente. Se confirmara por parte del Cirujano que los

pedidos para Anatomía Patológica y/ Laboratorio se encuentran correctamente rotulados, la descripción operatoria y las indicaciones que se deberán seguir en el post- operatorio una vez que el paciente se encuentre en sala de internación. El anestesiólogo deberá verificar que la hoja de anestesia se encuentre completa de forma adecuada para luego anexarla a la Historia Clínica de paciente. Como último paso de la Lista de Verificación todos los miembros del equipo deben destacar en forma de comentario escrito la problemática que respecte al instrumental quirúrgico y/o anestésico.

La lista de Verificación debe ser firmada en cada una de las etapas que la conforman por el profesional responsable de completarla y por el Médico Cirujano que realizó la intervención. (7)

Seguridad del Paciente en Uruguay

La implementación de la Lista de Verificación de seguridad y la instauración de un sistema de notificación de incidentes y eventos adversos fueron objeto de un proyecto de cooperación entre países entre el Ministerio de Salud Pública de Uruguay y la Caja Costarricense de Seguro Social, el cual comenzó en Octubre del año 2010.

En el año 2010 comienza el plan piloto de inserción de la Lista de Verificación Quirúrgica en 10 instituciones del país; cinco prestadores privados y 5 públicos, de los cuales 7 están en Montevideo y 3 en otros departamentos del país.

Debido a la realidad operativa, se realizaron modificaciones en algunos ítems de la Lista de Verificación realizada por la OMS, al igual que fue necesario agregar algunos a la Lista, manteniendo las 3 etapas de las fases:

Primera Fase/Entrada (Antes de la inducción de la anestesia):

- ✓ **Consulta** anestesiológica preoperatoria.
- ✓ **Controles** realizados en piso: Pulso, temperatura, P.A
- ✓ **Confirmación** de reserva en cama de U.C.I
- ✓ **Conformación** de aviso a Técnico Radiólogo.
- ✓ **Confirmación** de aviso a Patólogo.

- ✓ Confirmación de aviso a Hemoterapeuta.
- ✓ Disponibilidad de Imagenología pertinente.
- ✓ Anticoagulantes profilácticos
- ✓ Antibióticos profilácticos.

Segunda fase/ Antes de la incisión cutánea (Antes de iniciar la cirugía):
reiteración de la administración de anticoagulantes y antibióticos profilácticos.

Tercera Fase /Al iniciar el cierre de la incisión parietal (Antes de la salida de sala de operaciones)

: Se modifico el conteo de gasas, agujas o instrumental se realice siguiendo un protocolo creado por el Grupo conductor. En el mismo se debe realizar el conteo 2 veces y de faltar algún material blanco se realice nuevamente por parte del circulante.

Al final de la tercera etapa se agregó un espacio libre para "observaciones", con la finalidad de dejar la constancia de registros en caso de olvidos o dificultades con el fin de mejorarlas.

Al final de cada columna se dejó un espacio para que la persona responsable de llenar la Lista firme dejando constancia el responsable del formulario. (Ver Anexo N°2).

Resultados de la aplicación de la Lista de Verificación:

- De un total de 27.248 pacientes (Adultos y Pediátricos) solo se aplico la Lista de Verificación en 16.576, correspondiendo al 61.5% de la población seleccionada.
- La detección e intercepción de errores en la aplicación de la Lista no se pudo especificar con certeza, por lo que se propuso un rango de 3.1% a 13%.
- Con respecto a la calidad del llenado, se detectó que la primera fase de la Lista de Verificación fue correctamente completada, aceptable en la

segunda fase e incompleta en la tercera fase, debido a las diferencias cronológicas en el caso del conteo de material blanco con el llenado de la Lista, el llenado del formulario de bacteriología, anatomía patológica, la descripción operatoria y el capítulo de observaciones, las cuales se realizan forzosamente y facilita el olvido con el llenado de la Lista.

- **Errores detectados:**

- Falta consentimiento informado.
- No administración de ATB profilácticos.
- Detección de alergias ya conocidas por el paciente.
- Falta de miembros del equipo quirúrgico.
- Falta de Historia Clínica del paciente.
- Problemas con la tecnología anestésica – quirúrgica.
- No consulta previa con el anesthesiólogo.
- No presencia de Tecnólogos convocados.
- Eventos graves encontrados: 1 caso de sitio quirúrgico equivocado.

- **Logros de inserción de la Lista de Verificación:**

- ✓ Incorporación de cursos de seguridad a nivel de pre – grados de la Facultad de Medicina.
- ✓ Incorporación orgánica a la Lista de Verificación como marco conceptual al Curriculum de formación de Residentes Quirúrgicos y Postgrados.
- ✓ Reforzamiento del trabajo en equipo y mejoras en la comunicación.
- ✓ Ampliación de la aplicación de la Lista de Verificación en forma voluntaria en 14 instituciones que no forman parte del Plan Piloto.

- ***Desafíos:***

- Resistencia de los Profesionales Médicos.
- Temor frente a eventuales repercusiones Médico – Legales que pueda tener la aplicación de la Lista.
- Multiempleo médico y de enfermería.
- Alta rotación del personal de Enfermería.

Cirugía cardíaca

La cirugía cardiovascular es una especialidad médica de clase quirúrgica que, mediante el uso de la mano y el instrumento, pretende resolver o mejorar aquellas enfermedades cardíacas que no son tratables con fármacos ni con intervenciones menores.

En el Uruguay se realizan aproximadamente 2000 cirugías cardíacas anuales bajo la cobertura del Fondo Nacional de Recursos. La cirugía cardíaca es un tratamiento utilizado en diversas patologías tanto del adulto (cardiopatía isquémica, enfermedades valvulares y de la aorta) como del niño (mayoritariamente cardiopatías congénitas). La mejoría de las técnicas quirúrgicas y el advenimiento de nuevas tecnologías han permitido el abordaje con menor morbi-mortalidad de pacientes cada vez más complejos.

Todos los años el FNR realiza informes estadísticos que detallan por instituciones de salud y por tipo de procedimiento la cantidad de actos médicos llevados a cabo. En el 2012 el Sanatorio Americano realizó un total de 4128 actos médicos, que incluyen cateterismos, cirugías cardíacas, hemodinámicas, marcapasos, trasplantes cardíacos entre otros. (Ver Anexo 3).

Una vez finalizada la cirugía se restablece el circuito normal.

Las cirugías cardíacas financiadas por el FNR (Fondo Nacional de Recursos) son las que siguen a continuación:

- ✓ Cirugía de revascularización coronaria o "bypass" (puente aorto-coronario)
- ✓ Cirugía valvular.
- ✓ Cirugía de aorta torácica.
- ✓ Cirugía de cardiopatía congénita

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Estudio Descriptivo de Corte Transversal.

Universo

Todas las Listas de Verificación aplicadas en el block quirúrgico del Sanatorio Americano.

Muestra

Todos las Listas de Verificación realizadas a pacientes adultos que serán intervenidos quirúrgicamente en el periodo comprendido entre Octubre de 2012 y Febrero de 2013 por anomalías cardíacas en el Sanatorio Americano.

Selección de la muestra:

En primera instancia se asiste al Block quirúrgico del Sanatorio Americano donde a través de la entrevista no formal con los referentes del Block, Lic. En Enfermería y Enfermero Circulante se obtienen las Listas de Verificación aplicadas en la totalidad de cirugías realizadas en block quirúrgico durante el periodo de un año completo.

Luego de la revisión de dicho material y posterior discusión grupal se destaca una cantidad numerosa de cirugías cardíacas con respecto a las polivalentes, allí se decide revisar exclusivamente las listas de verificación realizadas en un mes de manera de sistematizar y verificar si las cantidades de este último periodo (un mes) reflejan las cantidades del periodo inicial (un año), corroborado esto último, se considera importante que la cantidad de listas de verificación utilizadas correspondan a una cantidad significativa, por lo que se decide que la muestra de estudio resulte en todas las Listas de Verificación realizadas a aquellos pacientes adultos sometidos a cirugías cardiovasculares en un periodo de 5 meses (Octubre de 2012- Febrero de 2013). Resultando una selección por conveniencia de un modo consecutivo.

Criterios de inclusión

- Listas de Verificación correspondientes a pacientes adultos mayores de 18 años intervenidos quirúrgicamente por anomalías cardíacas.

Criterios de exclusión

- Listas de Verificación correspondientes a pacientes que no cumplan con las características presentes en el criterio de inclusión.

Método e instrumento de recolección de datos

El método de recolección de datos se estableció a través de la revisión de todas las Listas de Verificación aplicadas a los pacientes intervenidos quirúrgicamente por anomalías cardíacas en el periodo comprendido entre Octubre de 2012 y Febrero del año 2013.

Las Listas de Verificación revisadas fueron aquellas que actualmente utiliza el Sanatorio Americanos en su block quirúrgico las cuales han sido modificadas de acuerdo a las necesidades de la institución, siguiendo los lineamientos marcados por La Lista de Verificación propuesta por la OMS posterior a su correspondiente prueba y posterior autorización dentro de la misma.

Estas Listas de Verificación fueron provistas por referentes del Sanatorio Americano y fueron realizadas (llenadas) en el ámbito de trabajo cotidiano del block quirúrgico, lo que garantiza que los datos sean objetivos y de calidad.

El presente instrumento utilizado presenta en la parte superior el logo de la institución de referencia o en su defecto el identificador correspondiente a la OPS (Organización Panamericana de la Salud), al que le sigue el correspondiente espacio para el llenado de Nombre, Apellido y N° de documento del paciente que será intervenido, fecha y lugar donde se desarrollara la cirugía.

Además consta de tres momentos fundamentales; El primer momento o también llamado Primera fase corresponde a la **Entrada del paciente**, el Preoperatorio

(Antes de la inducción de la anestesia), el cual detalla todos los pasos a cumplir mientras el paciente se mantiene lucido.

El segundo momento corresponde al **Intraoperatorio**, **antes de la incisión cutánea (Antes de iniciar la cirugía)**, en esta fase se detallan los criterios a cumplir cuando el paciente ha perdido lucidez y se mantiene bajo inducción anestésica.

El tercer momento corresponde al **Postoperatorio**, donde se comienza el **cierre de la incisión parietal**, manteniendo la analgesia del paciente antes de la salida de sala de operaciones.

Más aún, se agregan diferentes colores a modo de separación de las fases rosa (Preoperatorio), verde (Intraoperatorio) y celeste (Postoperatorio). (Lista de Verificación OPS).

Cada fase y por separado también ofrece un espacio donde se deberá inscribir la firma del responsable del llenado de la misma y aclaración con letra clara y legible.

Tanto el método como la recolección de datos han permitido facilidad de utilización, además de un bajo costo económico.

Tabulación y Análisis

Los datos serán analizados comparando los hallazgos que desprendan las variables elegidas del estudio.

Este análisis se expresará a través de la tabulación de frecuencias Absolutas y frecuencias Relativas.

Para la realización de los hallazgos estadísticos se utilizó un programa informático de tabulación y gráficas. (Paquete Office, Microsoft Excel)

En primera instancia se mostrarán cada una de las variables de estudio individualmente y posteriormente se relacionarán manteniendo una conclusión que se desprenderá de la discusión, siguiendo los lineamientos de la estadística descriptiva.

Variables de Investigación

Las presentes variables de investigación han sido categorizadas en subgrupos que definimos A, B, C etc., de modo que cada uno de ellas se desprenden de una variable principal a las cuales denominamos 1,2 y 3. Estas últimas son las tres variables que darán base a nuestra investigación y se refieren a los grandes momentos quirúrgicos (pre, intra y post) detallados en nuestra herramienta de trabajo, la "Lista de Verificación".

Se detallan a continuación:

Variable número N°1: "Etapa Entrada del paciente" (antes de la inducción anestésica)

- Definición conceptual: Momento en el cual el paciente en estado de lucidez o sin recibir anestesia aguarda se lo conduzca dentro de la sala de cirugías.

- Definición operacional: Cualitativa Nominal

- Categorías:

A) "Datos del paciente"

- Indicador:
 - Completo
 - Incompleto

B) "Identidad"

- Indicador:
 - Completo
 - Incompleto

C) "Procedimiento a realizar"

- Indicador:
 - Completo
 - Incompleto

D) "Sitio quirúrgico"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

E) "Consentimiento informado"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

F) "Consulta Pre anestésica."

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

G) "Imagenología previa"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

H) "Radiólogo"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

I) "Patólogo"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

J) "Control de Seguridad Anestesiólogo"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

K) "Riesgo de dificultad en vía aérea"

- **Indicador:**
- **Completo**
- **Incompleto**

L) "Equipo alternativo adecuado"

- **Indicador:**
- **Completo**
- **Incompleto**

M) "Tiene el paciente alguna alergia conocida"

- **Indicador:**
- **Completo**
- **Incompleto**

N) "Cama CTI Reservada"

- **Indicador:**
- **Completo**
- **Incompleto**

O) "Anticoagulantes Profilácticos"

- **Indicador:**
- **Completo**
- **Incompleto**

P) "ATB Profilácticos"

- **Indicador:**
- **Completo**
- **Incompleto**

Q) "Riesgo pérdida sanguínea >500ml"

- **Indicador:**
- **Completo**
- **Incompleto**

R) "Accesos I/V adecuados"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

S) "Hemoterapeuta"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

Variable número N°2: "Etapa Antes de iniciar la cirugía "(Antes de la Incisión cutánea)

- Definición conceptual: Momento quirúrgico previo a la primera incisión, en la que el paciente se encuentra dentro de la sala de cirugías bajo inducción anestésica, monitorizado y si lo requiere ventilado, junto con todo el equipo de block vestidos y preparados para la cirugía.
- Definición operacional: Cualitativa Nominal

- Categorías:

A) "Se verifica la presencia de todos los miembros del equipo en block"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

B) "Identidad del paciente"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

C) "Procedimiento a realizar"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

D) "Sitio Quirúrgico"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

E) "Esterilización del instrumental y equipo confirmado"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

F) "Disponibilidad de equipos especiales solicitados"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

G) "Oxímetro Colocado"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

H) "Monitorización adecuada"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

I) "Pasos críticos del procedimiento y alternativas"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

J) "Procedimiento a realizar"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

K) "Sitio Quirúrgico"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

L) "Duración aproximada del procedimiento"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

M) "Anticoagulantes profilácticos administrados"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

Variable número N°3: "Etapa Antes de Salir de la Sala de Operaciones" (Al iniciar el cierre de la incisión parietal)

- Definición conceptual: Momento quirúrgico en el que el paciente se encuentra en la etapa final del procedimiento, manteniendo la analgesia, antes de su salida de sala de operaciones.
- Definición operacional: Cualitativa Nominal

Categorías:

A) "Enfermero circulante confirma verbalmente con el equipo en nombre del procedimiento"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

B) "Instrumentista confirma el recuento de gasas, agujas e instrumentos"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

- C) "Protocolo cumplido en caso incorrecto"
- Indicador:
 - Completo
 - Incompleto
- D) "Muestras de laboratorio"
- Indicador:
 - Completo
 - Incompleto
- E) "Piezas/s de Anatomía Patológica"
- Indicador:
 - Completo
 - Incompleto
- F) "Cirujano, anestesiólogo y circulante revisan puntos críticos a tener en cuenta para la recuperación y manejo postoperatorio"
- Indicador:
 - Completo
 - Incompleto
- G) "Pedido de Anatomía Patológica y/o Laboratorio"
- Indicador:
 - Completo
 - Incompleto
- H) "Descripción operatoria"
- Indicador:
 - Completo
 - Incompleto
- I) "Indicaciones postoperatorias"
- Indicador:
 - Completo
 - Incompleto
- J) "Anestesiólogo confirma la adecuada realización de la hoja de anestesia"
- Indicador:
 - Completo
 - Incompleto

K) "Todos los miembros del equipo destacan cualquier problema con el instrumental quirúrgico y/o anestésico"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

L) "Firma del responsable de completar la Lista de Verificación y/ Médico Cirujano responsable en realizar la cirugía"

- Indicador:
- Completo
- Incompleto

Recursos necesarios

-Recursos Humanos:

-Cinco estudiantes de Licenciatura en Enfermería cursando instancia de elaboración de tesis final; encargados de la recolección de información, tabulación, procesamiento y análisis de ésta.

-Tres docentes de Licenciatura en Enfermería a cargo; coordinadoras de la instancia a realizar así como también asesoras de la ejecución del estudio.

Recursos Materiales y Financieros:

- 3 Computadoras pertenecientes a Estudiantes de la Licenciatura en Enfermería.

-Material de papelería (Lapiceras, cuadernolas, separadores, resaltadores, sobres de carta, hojas A4, etc.)

- Gastos de impresión y encuadernación.

- Boleto urbanos.

**Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA**

**Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay**

ANALISIS

En esta primera etapa de análisis, es importante reconocer cada fase de la lista de verificación con sus correspondientes categorías, de forma independiente. Cabe recordar que la lista de verificación anestésico quirúrgica consta de tres fases de las cuales se derivan diversas variables que fundamentan una herramienta de trabajo que garantiza la seguridad del paciente ante cada nueva intervención quirúrgica.

La población de estudio elegida consta de 1573 listas de verificación realizadas durante un año, desde el periodo comprendido entre Febrero de 2012 hasta Febrero de 2013 inclusive. De estas listas fueron tomadas como muestra para la investigación un total de 345 listas de verificación realizadas entre Octubre del año 2012 a Febrero del corriente año.

En una primera instancia, la primera etapa de la lista de verificación, refleja la **entrada del paciente antes de la inducción anestésica**, lapso en la cual el usuario se encuentra en plena lucidez o conciencia, a lo cual el cuestionario se realiza directamente ante su presencia, o en su defecto al responsable del mismo, siempre constatado por el médico anestesista.

Las diferentes categorías correspondientes a la primera variable anteriormente mencionada reveló los siguientes datos porcentuales más significativos (Ver Tabla 1 y Gráfico 1,2 y 3).

En relación a la categoría "**Datos del Paciente**", el 7,8% se encontró incompleto lo que resulta de gran relevancia dado que este instrumento debe corresponder a un único paciente, cuyos datos personales son de carácter individual e irrepetible evitando que se opere a la persona equivocada.

Además de que la ausencia de este dato de tal importancia para la identificación del usuario condicionara a las restantes categorías así como las demás etapas operatorias.

En cuanto al **"Procedimiento a Realizar"** se vio que hubo una omisión del llenado de esta categoría en un 11%. Se considera que todos los miembros del equipo quirúrgico deben tener conocimientos sobre el tipo de cirugía que se va a realizar, con el fin de realizar las acciones previas al comienzo de la cirugía evitando así posibles complicaciones, además de evitar la realización de una intervención quirúrgica incorrecta, garantizando una correcta dinámica de trabajo.

Con respecto a la categoría **"Sitio quirúrgico"** se encontró un 4,1% de incompletos, lo que si bien no representa un valor cuantitativo significativo se considera relevante dado que de existir un error podría condicionar el acto quirúrgico y poner en riesgo la salud del paciente ya que se podría abordar un lugar anatómico incorrecto, aún teniendo el sitio marcado con un rotulador.

Los datos recabados en cuanto al **"Consentimiento Informado"** fueron de un 9.3% de incompletos. La gravedad de esta omisión involucra la falta de compromiso legal en el momento de firmar la autorización de parte del paciente o a sí mismo la responsabilidad de los profesionales que no le suministran la documentación en tiempo y forma, para realizarse determinado procedimiento, siendo inconsciente de los riesgos que podría acarrear la intervención o en su defecto hacer uso de sus derechos como paciente a negarse al mismo. En los casos de cirugía de emergencia en que no se realiza este paso, todos los miembros del equipo de ser conscientes de los motivos y estar de acuerdo en continuar el procedimiento quirúrgico.

La **"consulta pre anestésica"** se vio afectada en el 4.3 % de incompletos. Este dato no es altamente representativo en cuanto a porcentaje pero sí lo es en cuanto a importancia. Todo paciente tiene el derecho de asistir a una consulta de valoración previa con Anestesiólogo, o en el caso que el mismo se encuentre en sala de internación ser asistido por el Profesional Médico a cargo de la misma, garantizando una atención integral previa, que le asegure que irá en las mejores condiciones al acto quirúrgico. Igualmente en la cirugía el anestesiólogo deberá reconfirmar que ha realizado un control de seguridad de la anestesia que involucra

una inspección formal del instrumental anestésico, del circuito, de la medicación y del riesgo anestésico del paciente antes de la intervención.

En cuanto al "**Riesgo de la dificultad de la Vía Aérea**" el porcentaje de incompletos encontrados fue de un 7%. La falta de valoración objetiva previa (por parte del equipo de anestesia) de la accesibilidad de la vía aérea, puede ser un condicionante en el caso de ocurrir una complicación, que requiera intubación de urgencia durante la cirugía. Existen múltiples formas de graduar la vía aérea, como la clasificación de Mallampati, (ver anexo 5) o la distancia tiromentoniana (ver anexo 6), entre otras.

Si la valoración marcara un alto riesgo de vía aérea, el equipo de anestesia debe estar preparado, ello implica, como mínimo, una adaptación del método anestésico, como utilizar anestesia local en vez de general (si es posible), además de tener a mano equipo de emergencia y un asistente capacitado (ya sea un segundo anestesista, el cirujano o un miembro del equipo de enfermería). Como otra parte importante de esta evaluación se debe medir el riesgo de aspiración donde debe estar preparado para actuar.

El riesgo puede limitarse modificando el plan anestésico (por ejemplo, utilizando técnicas de inducción rápida o solicitando la ayuda de un asistente que aplique presión sobre el cartílago cricoides durante la inducción).

En fin, ante un paciente con vía aérea difícil o riesgo de aspiración, sólo debe iniciarse la inducción de anestesia cuando el anestesista haya confirmado que dispone del equipo adecuado y que la asistencia necesaria está presente junto a la mesa de operaciones.

La categoría "**Riesgo de Pérdida Sanguínea > 500 ml**" le corresponde un 7,5% de incompletos. Esta categoría abarca varios conceptos a tener en cuenta; el primero con respecto a la realización de la clasificación del paciente en el momento que ingresa a la institución de salud a modo de conocer el grupo de sanguíneo del mismo entre otros caracteres. Si el anestesista no conoce el riesgo de hemorragia del paciente, debe comentarlo con el cirujano antes de dar comienzo a la operación, que permite que el personal a cargo de la cirugía se prepare en caso de una complicación; de existir un riesgo de hemorragia superior a 500 ml es importante que se coloquen 2 accesos venosos de gran

calibre o un catéter venoso central y cuente con el material para ser una transfusión de urgencia

Cuando hablamos de “accesos venosos”, nos referimos a aquel dispositivo que se encuentra en una vena del cuerpo con el fin de permitir un acceso para administrar vía intra venoso medicación y/o trasfusión de sangre. Es de gran importancia corroborar que los accesos venosos se encuentren en correcto funcionamiento y permitan ser utilizados con total seguridad. En este estudio se determino que la no corroboración de esta categoría con su posterior constatación escrita se vio afectada en el 13.3%.

El porcentaje de mayor valor cuantitativo en esta fase se vio representado en la consulta con “Hemoterapeuta”, con un porcentaje de 19,4%. Si bien es de nuestro conocimiento la efectiva realización de consultas previas con estos Especialistas, no se ven reflejadas en la Listas de Verificación analizadas, lo que provoca un sesgo de duda ante la consideración de que las mismas se hayan realizado en el pre operatorio mediano o inmediato.

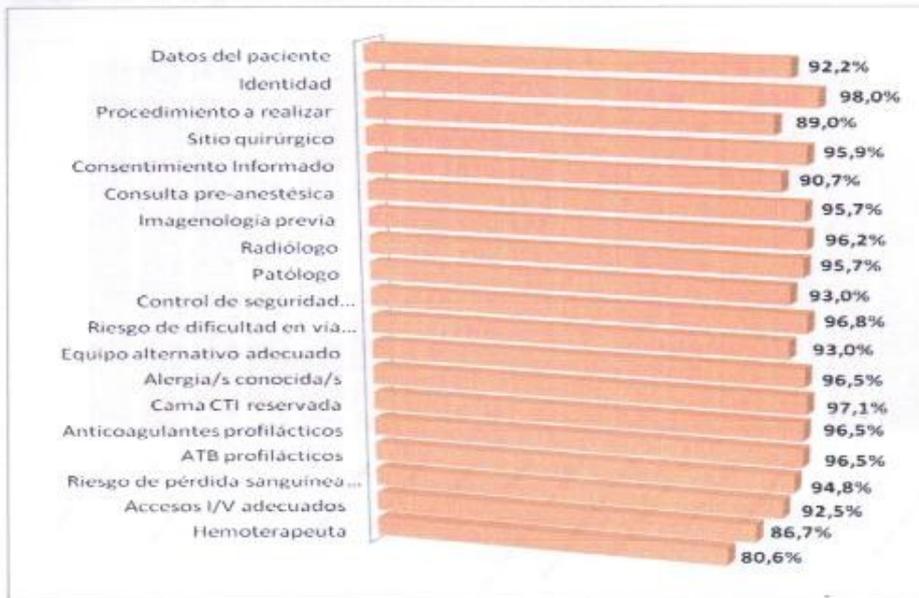
Tabla 1: Categorización del llenado de la primera etapa de la Lista de Verificación "Entrada del paciente".

"Etapa Entrada del paciente" (antes de la inducción anestésica)	Completo		Incompleto		Total	Total %
	FA	FR %	FA	FR%		
Datos del paciente	318	92,2%	27	7,8%	345	100%
Identidad	338	98%	7	2%	345	100%
Procedimiento a realizar	307	89%	38	11%	345	100%
Sitio quirúrgico	331	95,9%	14	4,1%	345	100%
Consentimiento Informado	313	90,7%	32	9,3%	345	100%
Consulta pre-anestésica	330	95,7%	15	4,3%	345	100%
Imagenología previa	332	96,2%	13	3,8%	345	100%
Radiólogo	330	95,7%	15	4,3%	345	100%
Patólogo	321	93%	24	7%	345	100%
Control de seguridad Anestesiólogo	334	96,8%	11	3,2%	345	100%
Riesgo de dificultad en vía aérea	321	93%	24	7%	345	100%
Equipo alternativo adecuado	333	96,5%	12	3,5%	345	100%
Alergia/s conocida/s	335	97,1%	10	2,9%	345	100%
Cama CTI reservada	333	96,5%	12	3,5%	345	100%
Anticoagulantes profilácticos	333	96,5%	12	3,5%	345	100%
ATB profilácticos	327	94,8%	18	5,2%	345	100%
Riesgo de pérdida sanguínea >500 ml	319	92,5%	26	7,5%	345	100%
Accesos I/V adecuados	299	86,7%	46	13,3%	345	100%
Hemoterapeuta	278	80,6%	67	19,4%	345	100%

Fuente: Listas de verificación de seguridad del paciente, sector Block Quirúrgico del Sanatorio Americano.

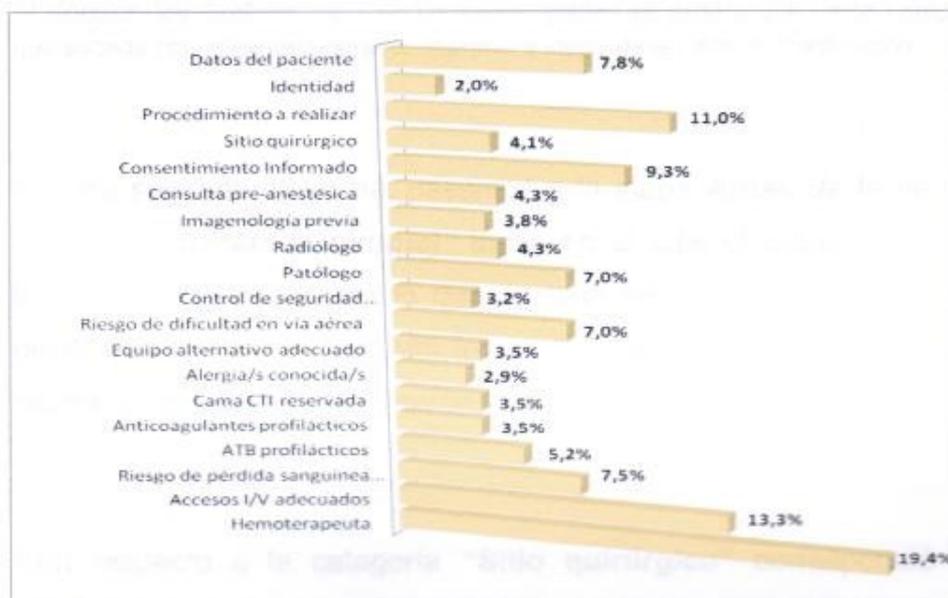
El perfil de llenado de la primera etapa revela datos en la columna de incompleto en cada una de las categorías de la primera variable, en donde se destaca a grandes rasgos un 19,4% de incompleto en la categoría "Hemoterapeuta" seguido de un 13,3% en la categoría "Accesos i/v adecuados".

Grafico 1: Representación del indicador "Completo" en la primera etapa Entrada del Paciente.



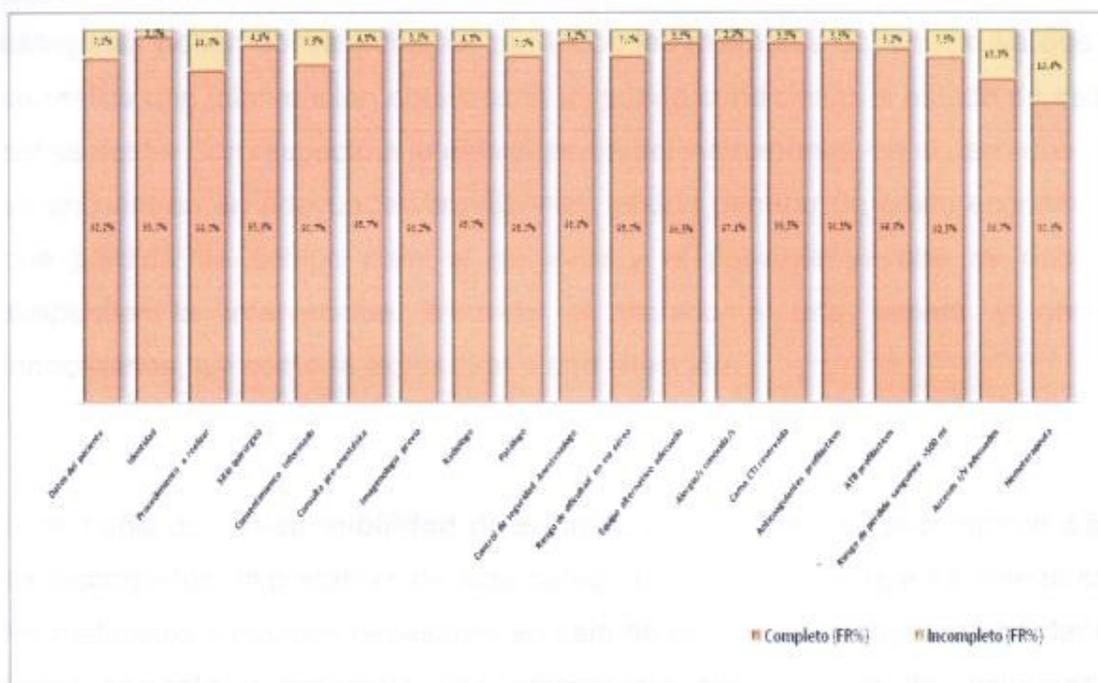
Fuente: Tabla 1 Categorización del llenado de la primera etapa de la Lista de Verificación "Entrada del paciente".

Grafico 2: Representación del indicador "Incompleto" en la primera etapa Entrada del Paciente.



Fuente: Tabla 1 Categorización del llenado de la primera etapa de la Lista de Verificación "Entrada del paciente".

Grafico 3: Representación comparativa de los indicadores "Completo / Incompleto" de las categorías en la primera etapa Entrada del Paciente.



Fuente: Tabla 1 Categorización del llenado de la primera etapa de la Lista de Verificación "Entrada del paciente".

Al vincular los Gráficos 1 y 2 en un mismo gráfico se genera una visión complementaria de lo que sucede con el llenado durante la primera etapa de la Lista de Verificación.

En una segunda instancia, pasamos a la etapa **Antes de la incisión cutánea (Antes de iniciar la cirugía)** lapso en el cual el usuario se encuentra bajo inducción anestésica, por lo que en esta fase todos los miembros del equipo deberán confirmar en voz alta todas las categorías para completarlas de forma escrita en la Lista de Verificación. (Ver Tabla 2 y Gráficos 4,5 y 6)

Con respecto a la categoría **"Sitio quirúrgico"** correspondió a un 2% de incompletos. En este momento el anestesista, el cirujano y el enfermero circulante han de confirmar de forma explícita la localización anatómica, determinando si es la correcta, debiendo estar todos los miembros del equipo en acuerdo. Al igual que en la primer fase de la Lista de Verificación se corrobora para evitar errores de localización del sitio a abordar.

En cuanto al **"Procedimiento a realizar"** y **"Esterilización del instrumental"** y **equipo confirmado"** se dio como porcentajes de incompletos un 2.3%. Estas categorías deben ser respetadas por todos los miembros del equipo ya que si se realiza una intervención equivocada se puede condicionar el estado de salud del paciente. Con respecto a la esterilización del instrumental, en el caso que no se encuentren en adecuadas condiciones, podría generar un gasto económico, una pérdida de tiempo para el personal y el paciente ya que se debería suspender la intervención llevando al usuario a una espera y gastos innecesarios, así como la exposición a una infección.

Si se habla de **"Disponibilidad de equipos especiales"** se encontró un 3.5% de incompletos. Importancia de esta categoría es garantizar que se cuenta con los materiales y equipos necesarios en sala de block quirúrgico, para abordar de forma eficiente e inmediata una emergencia que requiera de instrumental especializado. La falta de marcado en la Lista genera la duda sobre si este paso no fue respetado por una falta de abastecimiento de equipos de emergencia o por la irresponsabilidad de no seguir con el llenado en tiempo y forma.

Con respecto a la **"Duración aproximada del procedimiento"** el porcentaje de incompletos fue de 7.2%. Este valor resulta significativo ya que si no se corrobora cuanto ha durado la intervención, entonces; el anestesista vera afectados sus cálculos con respecto a cantidad de anestesia a administrar así como también cantidad y tipo de drogas de despertar que tendrá que suministrar para volver al paciente a la lucidez. Otros aspectos que pueden verse afectados son que en el caso de identificar que la cirugía se ha demorando más de lo previsto la próxima intervención que haya sido coordinada tendrá que modificar su horario de inicio o en su defecto ser suspendida. Así mismo que al detectar una demora fuera de lo habitual se traducirá en que el procedimiento ha tenido complicaciones y por tanto podría interpretarse que también el paciente ha estado comprometido.

En relación **"Anticoagulantes profilácticos administrados"** se detectó un 5,2% de incompletos. Si bien en la mayoría de los casos los anticoagulantes son suspendidos 48 horas previas a la cirugía para evitar el riesgo de hemorragias, en ciertas oportunidades, dependiendo de la cronicidad de la patología del paciente deben ser administrados; el hecho de que esta categoría no esté registrada en la lista de verificación provoca la duda de si la administración de este fármaco se ha realizado, generando un posible riesgo al paciente intervenido.

En referencia a **"ATB profilácticos administrados"** resultó en un 4,3% de incompletos. Previo a la incisión quirúrgica se han de administrar ATB (Antibióticos) 60 minutos anteriores a la cirugía, como medida profiláctica para reducir el riesgo de infección. Si no se hubieran administrado antibióticos profilácticos, deben administrarse en ese momento, antes de la incisión o en el caso que se hubieran administrado más de 60 minutos antes, el equipo debe considerar la posibilidad de administrar una nueva dosis. . Cuando la profilaxis antibiótica no se considere necesaria se marcará la casilla "no aplica" una vez confirmado verbalmente por el equipo.

Tabla 2: Categorización del llenado de la segunda etapa de la Lista de Verificación "Antes de iniciar la cirugía".

"Etapa Antes de iniciar la cirugía" (antes de la incisión cutánea)	Completo		Incompleto		Total	Total %
	FA	FR%	FA	FR%		
Verificación de la presencia de todos los miembros del equipo en block	339	98,3%	6	1,7%	345	100%
Identidad del paciente	340	98,6%	5	1,4%	345	100%
Procedimiento a realizar	337	97,7%	8	2,3%	345	100%
Sitio quirúrgico	338	98%	7	2%	345	100%
Esterilización del instrumental y equipo confirmado	337	97,7%	8	2,3%	345	100%
Disponibilidad de equipos especiales	333	96,5%	12	3,5%	345	100%
Oxímetro colocado	339	98,3%	6	1,7%	345	100%
Monitorización adecuada	341	98,8%	4	1,2%	345	100%
Pasos críticos del procedimiento y alternativas	338	98%	7	2%	345	100%
Procedimiento a realizar	342	99,1%	3	0,9%	345	100%
Sitio quirúrgico	341	98,8%	4	1,2%	345	100%
Duración aproximada del procedimiento	320	92,8%	25	7,2%	345	100%
Anticoagulantes profilácticos administrados	327	94,8%	18	5,2%	345	100%
Antibiótico profiláctico	330	95,6%	15	4,4%	345	100%

Fuente: Listas de verificación de seguridad del paciente, sector Block Quirúrgico del Sanatorio Americano.

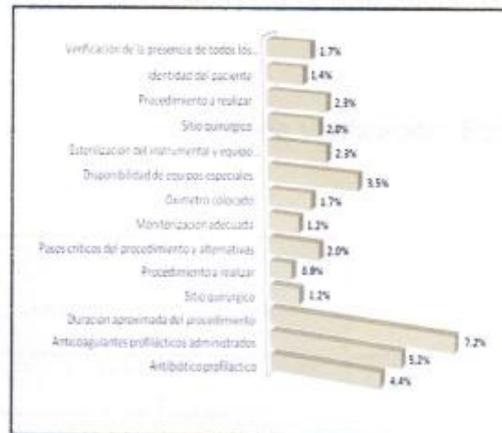
En ésta etapa los datos obtenidos en la columna de completo demuestran altos porcentajes de llenado así como también una constancia entre las categorías, teniendo en consideración el 7,2% de incompleto que adquirió la categoría "duración aproximada del procedimiento" como pico de valor de incompleto para la etapa.

Grafico 4: Representación del indicador "Completo" en la segunda etapa "Antes de iniciar la cirugía"



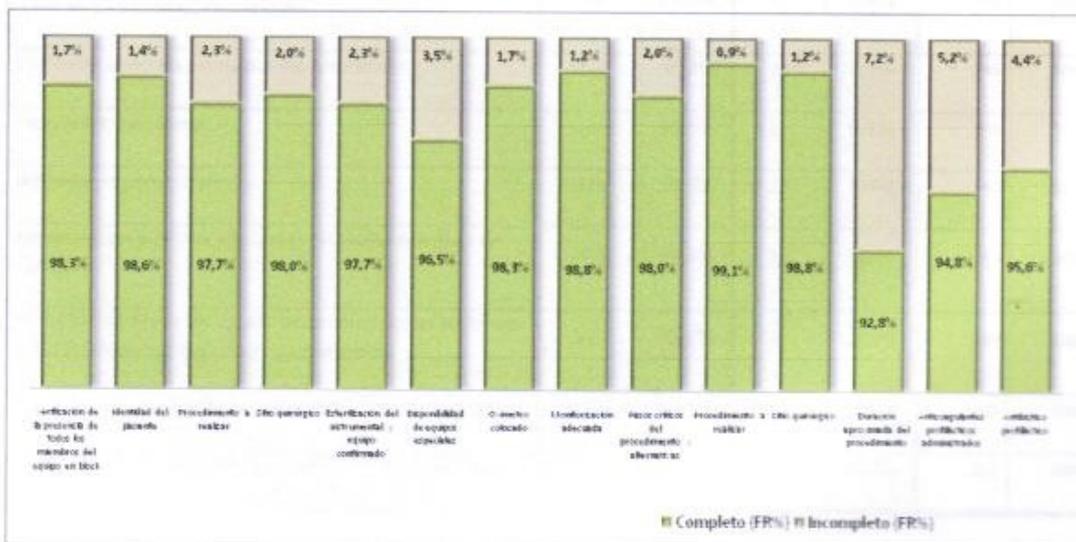
Fuente: Tabla 2 Categorización del llenado de la segunda etapa de la Lista de Verificación "Antes de iniciar la cirugía".

Grafico 5: Representación del indicador "Incompleto" en la segunda etapa "Antes de iniciar la cirugía"



Fuente: Tabla 2 Categorización del llenado de la segunda etapa de la Lista de Verificación "Antes de iniciar la cirugía".

Grafico 6: Representación comparativa de los indicadores "Completo / Incompleto" de las categorías en la segunda etapa "Antes de iniciar la cirugía"



Fuente: Tabla 2 Categorización del llenado de la segunda etapa de la Lista de Verificación "Antes de iniciar la cirugía".

La vinculación de los Gráficos 1 y 2 dentro de éste gráfico muestra el pico de incompletos de las categorías hacia el final del llenado de la segunda etapa de la Lista de Verificación.

En la tercera y final instancia se pasa a la fase **Etapa antes de salir de la Sala de Operaciones** (al iniciar el cierre de la incisión parietal) momento previo a la salida del paciente del quirófano, estado aún bajo efecto de la anestesia. (Ver Tabla 3 y Gráficos 7,8 y 9)

Tabla 3: Categorización del llenado de la tercera etapa de la Lista de Verificación "Etapa antes de salir de la Sala de Operaciones".

"Etapa antes de salir de la Sala de Operaciones" (al iniciar el cierre de la incisión parietal)	Completo		Incompleto		Total	Total %
	FA	FR%	FA	FR%		
Enfermero circulante confirma verbalmente con el equipo el nombre del procedimiento	322	93,3%	23	6,7%	345	100%
Instrumentista confirma recuento de gasas, agujas e instrumentos	324	93,9%	21	6,1%	345	100%
Protocolo cumplido en caso incorrecto	328	95,1%	17	4,9%	345	100%
Muestras de laboratorio	316	91,6%	29	8,4%	345	100%
Pieza/s de anatomía patológica	307	89%	38	11%	345	100%
Cirujano, Anestesiólogo y circulante revisa puntos críticos a tener en cuenta para recuperación	320	92,8%	25	7,2%	345	100%
Pedido de anatomía patológica y/o laboratorio	322	93,3%	23	6,7%	345	100%
Descripción operatoria	324	93,9%	21	6,1%	345	100%
Indicaciones postoperatorias	323	93,6%	22	6,4%	345	100%
Anestesiólogo confirma adecuada realización de la hoja de anestesia	326	94,5%	19	5,5%	345	100%
Todos los miembros del equipo destacan cualquier problema con el Instrumental quirúrgico y/o anestésico	263	76,2%	82	23,8%	345	100%
Firma del responsable de completar la Lista de Verificación.	261	75,7%	84	24,3%	345	100%
Firma del médico cirujano responsable de realizar la cirugía.	239	69,3%	106	30,7%	345	100%

Fuente: Listas de verificación de seguridad del paciente, sector Block Quirúrgico del Sanatorio Americano.

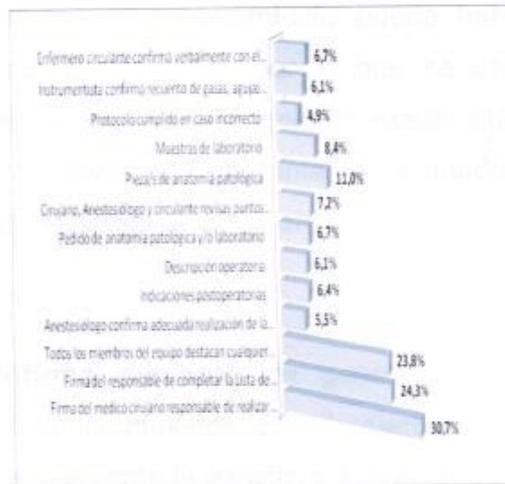
Dentro de las tres etapas de la Lista de Verificación, ésta tercera etapa es la que demuestra mayores valores de incompletos en el llenado de las categorías. Obsérvese en la columna de incompletos la categoría "Firma del médico cirujano responsable de realizar la cirugía" que obtiene un valor de 30,7% seguido de un 24,3% de la categoría "Firma del responsable de completar la Lista de Verificación", y un 23,8% para la categoría "Todos los miembros del equipo destacan cualquier problema con el instrumental quirúrgico y/o anestésico".

Grafico 7: Representación del indicador "Completo" en la tercera etapa "Antes de salir de la Sala de Operaciones".



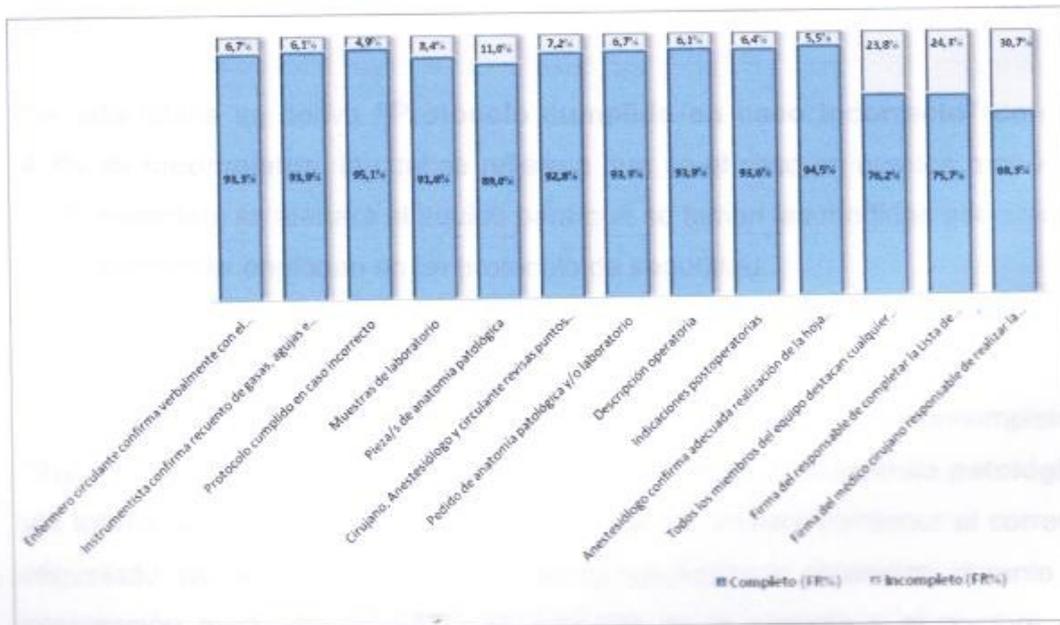
Fuente: Tabla 3 Categorización del llenado de la tercera etapa de la Lista de Verificación "Etapa antes de salir de la Sala de Operaciones"

Grafico 8: Representación del indicador "Incompleto" en la tercera etapa "Antes de salir de la Sala de Operaciones".



Fuente: Tabla 3 Categorización del llenado de la tercera etapa de la Lista de Verificación "Etapa antes de salir de la Sala de Operaciones"

Grafico 9: Representación comparativa de los indicadores "Completo / Incompleto" de las categorías en la tercera etapa "Etapa antes de salir de la Sala de Operaciones"



Fuente: Tabla 3 Categorización del llenado de la tercera etapa de la Lista de Verificación "Etapa antes de salir de la Sala de Operaciones"

En ésta vinculación de gráficos 7 y 8 queda acentuada la magnitud que adquieren los valores de incompleto para las categorías finales de la Lista de Verificación.

Si se habla de **"Enfermero circulante confirma verbalmente con el equipo el nombre del procedimiento"** se encontró un 6,7% de incompletos. La importancia de estos valores muestra que el procedimiento puede haberse modificado o ampliado en el curso de la operación, por lo que se deberá confirmar con el cirujano y el resto del equipo el procedimiento exacto que se haya realizado. Pudiéndose hacer a modo de pregunta o a modo de confirmación, siempre que se mantenga el dialogo verbal y en voz alta.

Al respecto de **"Instrumentista confirma recuento de gasas, agujas e instrumentos"** se encontraron un 6,1% de incompletos. El enfermero circulante o el instrumentista deberán confirmar verbalmente la exactitud del recuento final de gasas y agujas y en el caso de que se haya abierto una cavidad también se deberá confirmar el recuento exacto del instrumental. Representa un porcentaje significativo debido a que el olvido de instrumentos, gasas y agujas, es un error que sigue ocurriendo y que puede resultar en el peor de los casos en la muerte del paciente y en el mejor, contribuir a un daño permanente lo que no es menor.

De esta última se deriva **"Protocolo cumplido en caso incorrecto"** con un **4,9% de incompletos**, la cual se refiere a que en el caso en que los recuentos no concuerden, se alertará al equipo para que se tomen las medidas adecuadas, estas últimas se engloban en un protocolo de seguridad.

La categoría **"Muestras de laboratorio"** presento un 8,4% de incompletos; **"Pieza/s de anatomía patológica"** un 11% y **"Pedido de anatomía patológica y/o laboratorio"** un 6,7%. El enfermero circulante deberá confirmar el correcto etiquetado de todas las muestras anatomopatológica obtenidas durante la intervención mediante la lectura en voz alta de la etiqueta y el nombre del paciente, debiendo agregar descripción de la muestra y cualquier detalle orientativo.

La importancia aparece en el caso de que la rotulación de las muestras sean incorrectas se interpretara en un error de resultado por parte del laboratorio pudiendo dar un diagnóstico final equivocado al paciente en cuestión pudiendo posteriormente ser tratado erróneamente por una patología inexistente, lo que puede llevar a un daño irreversible de su salud.

“Cirujano, Anestesiólogo y circulante revisan puntos críticos a tener en cuenta para recuperación” reveló un 7,2% de incorrectos.

Esta categoría demuestra importancia cuando se habla de una comunicación eficaz entre todo el equipo quirúrgico, ésta será fundamental para la seguridad de la cirugía, y sobre todo la prevención de complicaciones graves. Cirujano, anestesista y personal de enfermería deben comunicar cuestiones que se consideren esenciales para el paciente sobre los principales peligros y planes operatorios, para eso se formulará a cada miembro del equipo la pregunta correspondiente en voz alta.

En referencia a **“Descripción operatoria”** se obtuvo un 6,1% de incorrectos. Esta categoría consta de una nota operatoria con la descripción del proyecto del tratamiento quirúrgico por un diagnóstico previamente establecido y es necesario que contenga hallazgos transoperatorios, descripción completa de la técnica y referencia adecuada de las complicaciones. Los errores pueden presentarse a partir de que no se supervise el contenido de la nota, no se firme la misma, o por resumirla por espacio o por cansancio.

“Indicaciones postoperatorias” presento un 6,4% de incompletos. Las de órdenes post operatorias deben ser explícitas en la historia clínica del paciente pero marcadas en la lista de verificación como realizadas. Una cirugía puede ser un fracaso si el cuidado post operatorio no es el adecuado, debiendo contener instrucciones generales, dieta, cuidados de tubos, sondas y drenajes, medicación, e indicaciones como control de signos vitales específicos, vigilancia de zona quirúrgica y todos los demás cuidados inherentes a la cirugía realizada.

"Anestesiólogo confirma adecuada realización de la hoja de anestesia" 5,5% de incompletos. La hoja de anestesia es un registro propio de este especialista que asegura una mejor vigilancia del paciente, registrando los anestésicos suministrados durante el proceso quirúrgico. Debe ser esencial, exacto y asequible, incluyendo mediciones continuas y exactas de cualquier parámetro fisiológico, y observaciones de los cambios que ocurrieran como la conciencia temprana durante la cirugía o la recuperación inducida por la anestesia sea tardía. La no inclusión de esta herramienta por parte de los anestesiólogos podría llevar a complicar el proceso tiempo - recuperación del paciente.

"Todos los miembros del equipo destacan cualquier problema con el instrumental quirúrgico y/o anestésico" corresponde a un 23,8% de incompletos. Es importante identificar los fallos y el instrumental o los equipos que no han funcionado bien para evitar que se vuelvan a utilizar antes de solucionar el problema. El encargado de completar la lista debe cerciorarse de que se identifiquen los problemas relacionados con el instrumental y los equipos que hayan surgido durante la intervención quirúrgica.

"Firma del responsable de completar la Lista de Verificación" fue de un 24,3% y **"Firma del médico cirujano responsable de realizar la cirugía"** un 30,7% incompletos. Estos porcentajes son los más significativos de toda la investigación, incluyendo las 3 fases que componen la Lista de Verificación. Cabe destacar que este documento es de carácter legal y todo profesional tiene la obligación de hacerse cargo del trabajo que realiza, firmando con letra legible su participación en el mismo. Debemos destacar que no se tuvo los criterios de inclusión en ambas categorías no fueron solo aquellas Listas no firmadas por los responsables, si no también aquellas que presentaban firma no legible y no aclaración de la misma.

Finalmente se cree importante destacar que la fase con mayor porcentaje de incompletos correspondió a la Tercer etapa antes de salir de la Sala de Operaciones" (al iniciar el cierre de la incisión parietal) con un 11,4%, seguida de la primera etapa entrada del paciente antes de la inducción anestésica con un 6,5% y por último como etapa más completa de toda la muestra la etapa *Antes de la incisión cutánea (Antes de iniciar la cirugía)* con un 2,6%.(Ver Tabla 4 y Gráfico 10).

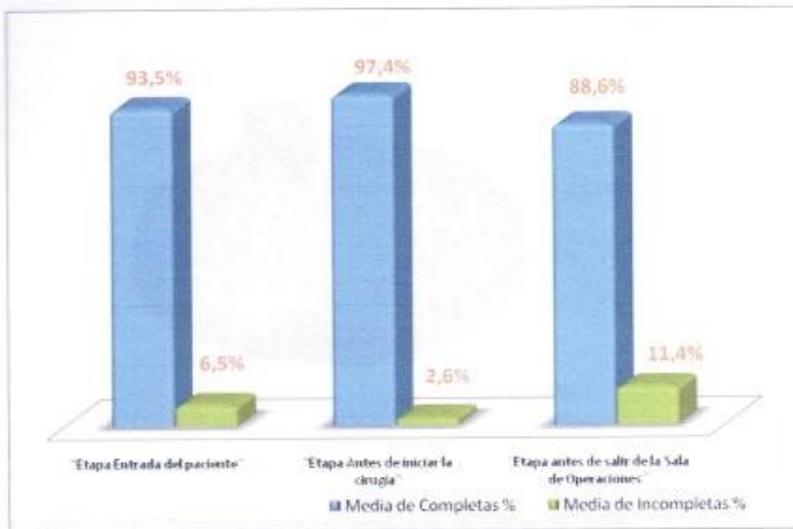
Tabla 4: Representación comparativa de las Medias porcentuales según Etapas de la Lista de Verificación.

Llenado de las Listas de Verificación por Etapas	Media de Completas %	Media de Incompletas %	Total %
"Etapa Entrada del paciente"	93,5%	6,5%	100%
"Etapa Antes de iniciar la cirugía"	97,4%	2,6%	100%
"Etapa antes de salir de la Sala de Operaciones"	88,6%	11,4%	100%

Fuente: Tabla 1, 2 y 3.

Al comparar las Medias porcentuales incompletas de las diferentes Etapas de la Lista de Verificación queda en evidencia que la tercera etapa "antes de salir de la Sala de Operaciones" es la que se presenta mayormente incompleta, quedando la segunda etapa "antes de iniciar la cirugía" como levemente incompleta con un promedio del 2,6%.

Gráfico 10: Representación comparativa de las Medias porcentuales según Etapas de la Lista de Verificación.



Fuente: *Tabla 4* Representación comparativa de las Medias porcentuales según Etapas de la Lista de Verificación.

Estos datos han sido obtenidos a través de la realización de la media promedio % o promedio de la sumatoria de todas las FR% de cada variable, sobre el nº total de categorías de la misma.

Para determinar el porcentaje Total de Incompletos, partiendo de 345 Listas, se calculo la media muestral o promedio; sumatoria de FR% de todas las categorías, entre nº total de estas, lo que se obtuvo un 6,7%, de Incompletos totales en toda la muestra analizada. (Ver *Tabla 5* y *Gráfico 11*).

Tabla 5: Representación del llenado de las Listas de Verificación según la Media muestral porcentual total.

Llenado de las Listas de Verificación	Media Muestral %
Completas totales	93,3%
Incompletas totales	6,7%
total	100%

Fuente: *Tabla 1, 2 y 3.*

Para obtener los datos de la *Tabla* se realizó el cálculo del promedio de la sumatoria de todas las frecuencias relativas porcentuales de cada variable sobre el número total de categorías de la misma.

$$\text{Media Muestral \%} = \frac{\sum \text{FR\%}}{\text{n}^\circ \text{ total categorías}}$$

Grafico 11: Representación del llenado de las Listas de Verificación según la Media muestral porcentual total.



Fuente: *Tabla 5* Representación del llenado de las Listas de Verificación según la Media muestral porcentual total.

DISCUSIÓN

En la presente tesis se investigo la calidad de aplicación (llenado) de las Listas de Verificación quirúrgica realizadas en el Block quirúrgico del Sanatorio Americano, en donde se eligió como muestra 345 Listas, correspondientes a pacientes que han sido intervenidos por anomalías cardiológicas en un periodo de 5 meses, entre Octubre de 2012 y Febrero de 2013.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la siguiente investigación podemos decir que se logro responder la pregunta problema y alcanzar los objetivos previamente planteados.

Estos revelaron además que han sido significativos y mantienen correlación con uno de los únicos estudios previos que se encontraron sobre el tema en Uruguay, el "Plan Piloto" que se realizo en el año 2011, el cual se detallo anteriormente en el presente informe.

Por ello se quiere destacar que al igual que en el anterior, este estudio revelo que la Fase mayormente Incompleta fue la Tercera, en la que se comparte la idea de que la causa de esto ha sido que el llenado de la misma sucede en tiempos cronológicos distintos, donde se vinculan diversos sectores y diferentes profesionales.

En la Segunda Fase también se han obtenido datos correlacionales, para nuestro estudio esta se vio " levemente Incompleta" lo que puede corresponderse a la definición utilizada por el Plan Piloto en donde se definió como "aceptable".

Se cree que esta situación se debió a que el tiempo de llenado es en el aquí y ahora, sucede en tiempo real, ya a que se cuenta con la presencia de todos los miembros del equipo. Además de que el entusiasmo, nerviosismo u estrés que se pudiera producir por el hecho de que la intervención está sucediendo en ese momento, permite una mayor atención y alerta por parte de los involucrados.

Si nos referimos a la Primera Fase, sí encontramos una diferencia en cuanto a los resultados ya que en el presente estudio se encontró "Incompleta" mientras que en el "Plan piloto" se definió como "correctamente completada". Podemos considerar que se debe a que en diferentes Instituciones el espacio físico y situación pueden ser diferentes, así como también los tiempos con los que

cuentan los profesionales encargados del llenado de la Lista. No olvidemos que es en esta etapa en la única en el que el paciente se encuentra lúcido y puede responder a las consultas siempre y cuando estas se realicen en tiempo y forma por el encargado del llenado, dándole al mismo la mayor parte de la responsabilidad en el cumplimiento de esta etapa.

En relación a los porcentajes correspondientes a Incompletos totales, es decir sin distinción de fases y tomado en cuenta todas las categorías presentes en la Lista, se obtuvo un 6,7%, de una muestra de 345 analizadas.

El estudio "Plan Piloto" reveló un valor de "error en la aplicación" (según denominaron), de un rango entre 3,1 a 13%, que se puede considerar comparativo al del presente estudio. Vale resaltar que la muestra del estudio "Plan Piloto" fue cuantitativamente mayor, 27248 pacientes, contra solamente 345 de la presente investigación.

Esto indica que es altamente Incompleto el llenado de la Lista de Verificación quirúrgica en la Institución de salud elegida para nuestro estudio.

Este proceso ha tenido limitaciones, en el comienzo el primer obstáculo a sortear fue que no contamos con estudios previos sobre el tema, a excepción del anteriormente mencionado que fue el único antecedente al menos Uruguayo del cual partir. Además, si bien si había bibliografía referente, no fue fácil el acceso a la misma y en muchas situaciones solo existían textos en otros idiomas, Ingles por ejemplo, lo cual no dominábamos en gran medida y tuvimos que adaptarnos consultando traductores vía web y referentes que dominaran el idioma.

Un impedimento en cuanto a la organización del grupo, fue que si bien el interés de cada uno de los integrantes siempre se mantuvo constante, fue difícil coincidir en horarios para realizar las reuniones y que todos estuvieran presentes. Ya sea por temas principalmente laborales, o compromisos de índole cotidiana tan necesarios como los anteriores. Esto generó que en cada nueva reunión se debieran exponer los puntos desde cero, dificultando la dinámica de avance del trabajo.

Otra limitación que consideramos importante recordar es que como grupo y desde un principio se ideó la realización de un estudio más complejo del que se ha presentado, es decir en un comienzo la idea no era limitarse a un estudio

descriptivo ya que la falta de antecedentes, lo interesante del tema y la magnitud del alcance, eran motivos suficientes para incentivar un estudio de investigación más profundo. Esto no significa que sea menor el estudio realizado ya que se han obtenido resultados significativos, aún por encima de las expectativas iniciales.

Esta situación se vio impedido por una limitación cronológica, marcada por los reglamentos referidos a "plazos de entrega", que sumados a nuestra inexperiencia en cuanto a realización de trabajos investigativos de tal magnitud no podíamos cumplir.

Es por esto que nos resulta significativo sugerir la realización de nuevas investigaciones siendo interesante la profundización de este tema, utilizando como punto de partida la presente investigación.

Para que esto cobre valor en la práctica resulta significativo sugerir a la Institución de salud involucrada el armado de un Protocolo sobre "Lista de Verificación Quirúrgica" para la seguridad del paciente.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo de investigación planteado sobre la verificación de la aplicación de la Lista de Verificación quirúrgica en el Block del Sanatorio Americano, tras la realización de un análisis y con vistas al logro de una mayor optimización fue posible concluir que:

Se cree que el llenado de las mismas al ser realizadas en tiempo real no permite a los responsables de completarlas a marcar todos los ítems, brindando un porcentaje de error considerable en la muestra, al igual que la detección de llenados forzosos determinados por la falta de prolijidad en el marcado.

Dentro de los errores detectados en el llenado de las Listas destacamos:

Primera fase:

- Falta de corroboración de los datos personales del paciente.
- Falta de corroboración del tipo de procedimiento a realizar.
- Falta de corroboración del sitio quirúrgico.
- Falta de consentimiento informado.
- Falta de comprobación de consulta pre- anestésica.
- No corroboración del Riesgo de dificultad de la vía aérea y riesgo de pérdida sanguínea.
- Falta de corroboración de accesos venosos adecuados.
- Falta de comprobación de consulta previa con Hemoterapeuta.
-

Segunda Fase:

Falta de corroboración del equipo en voz alta de:

- Presencia de todos los miembros del equipo antes del inicio de la cirugía.
- Procedimiento a realizar.
- Sitio quirúrgico.
- Esterilización del equipo e instrumental quirúrgico.
- Duración del procedimiento.
- Administración de ATB y Anticoagulantes profilácticos.

Tercera Fase:

Falta de corroboración del equipo en voz alta de:

- Nombre del procedimiento.
- Recuento de gasas por parte del Instrumentista y el no cumplimiento del protocolo en los casos negativos.
- Muestras de laboratorio, pedido y piezas de anatomía patológica y laboratorio.
- Descripción del procedimiento.
- Posibles puntos críticos a tener en cuenta.
- Indicaciones Pre- operatorias.
- Hoja de anestesia.
- Firma del responsable de completar la lista.
- Firma del Médico cirujano responsable del procedimiento.

Parece importante distinguir que de un total de 345 Listas de Verificación quirúrgica analizadas, el media muestral de Incompletos encontrado por Fase desprendió los siguientes porcentajes:

- Primera Fase: 6,5%
- Segunda Fase: 2,6%
- Tercera Fase: 11,4%

Estos últimos datos hacen concluir que con respecto a la calidad de llenado de las Listas de Verificación, destacamos que el llenado en la primera fase fue incompleto, en la segunda fase fue levemente incompleto y se encontró muy incompleto en la tercera.

Se debe destacar además que de la muestra de 345 Listas de Verificación, se realizó la media muestral o promedio entre las FR% totales que componen la lista sobre el nº total de categorías que conforman las tres fases, obteniéndose,

sin distinción de fases y traducido a porcentaje un 6,7%, de incompleto total en su aplicación.

Resulta importante recordar que en el año 2011, se realizó un Plan Piloto en el Uruguay en el que también se estudiaron los errores presentes en la aplicación de Lista de Verificación quirúrgica, en ese caso se realizó en 10 instituciones elegidas, y de 27248 pacientes, se les aplicó efectivamente la Lista a 16576, por lo que se obtuvo un error de aplicación de entre un 3,1 a 13%.

El motivo por el que parece importante distinguir este último, es que si se comparan las muestras de ambos estudios en relación a los porcentajes de error (plan Piloto), incompletos (presente estudio), vemos que son sumamente significativos los valores de la presente investigación, que con una menor cantidad de Listas analizadas, así mismo se obtuvo un alto porcentaje de incompletos totales (6,7%) casi comparable con el revelado por el estudio hecho en el año 2011. (3,1% a 13%).

También se encontraron en las Listas espacios con comentarios que no correspondían y que entorpecían el formato estructurado de la misma así como su lectura. Esto nos muestra que aun falta conocimiento acerca del modo correcto de llenado de las mismas y cuál es el verdadero objetivo al culminar el llenado de cada Fase.

Otro error importante encontrado ha sido la falta de identificación del responsable del llenado de la lista, lo correcto sería que una única persona llenara la lista en todas sus etapas y colocara al final de cada una de ellas su firma legible y/o aclaración, se vio que lo que sucede es que en muchos de los casos no aparece ningún tipo de identificación, o sucede que no es legible y no presenta aclaración o número de funcionario y en aquellos que si se presenta la identificación esta corresponde a diferentes responsables a medida que avanzan las fases de la lista.

Creemos que la falta de identificación del Médico responsable de la cirugía es otro punto a destacar dentro de los errores encontrados, en este caso sucede que si bien aparecen las firmas estas no son legibles, no se acompañan de aclaración ni tampoco de número de caja profesional.

Se desconocen las causas de este error, por lo que a modo de sugerencia nos parece importante que se realice algún tipo de investigación así fuese de tipo observacional cuyo objeto de estudio u pregunta problema sea conocer la causa de omisión de este paso fundamental de la herramienta.

El objeto de nuestra investigación ha sido desde el comienzo de la misma que se reconozca La Lista de Verificación Quirúrgica, como una herramienta de seguridad para el paciente, que logre disminuir los eventos adversos durante el proceso quirúrgico y reduzca el costo económico tanto para la institución de salud como para los pacientes, debiéndose adoptar medidas estratégicas que logren fortalecer la correcta implementación de la misma permitiendo además que el profesional quien la utiliza la considere como un aliado a la hora de sistematizar el trabajo de modo que facilite y mejore el mismo.

Debiendo tener en consideración que los errores que se cometan al momento de implementar la misma, sucedan como una oportunidad de mejora, enfocándose en la promoción de la calidad en seguridad integral adoptando una cultura de salud por parte de todo el personal sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- Seguridad del Paciente: Un desafío permanente – Experiencia de cooperación entre Costa Rica y Uruguay- Organización Panamericana para la Salud- Montevideo 2013.
- Metodología de la Investigación". Manual para el desarrollo de personal de salud. Elia Beatriz Pineda - Eva Luz de Alvarade - Francisca H. de Canales. Segunda Edición. Organización Panamericana de la Salud, oficina Sanitaria Panamericana, oficina regional de la Organización mundial de la Salud.
- Beare patricia, myers patricia, "Enfermería Medico Quirúrgica", Volumen II, Segunda edición, Editorial Mosby, Impreso en Madrid -España, Año 1995.
- Material de apoyo Facultad de Enfermería UDELAR, plan 93 – Metodología Científica – Módulo I, II, III, IV y V.
- Anatomía y movimiento humano. Estructura y funcionamiento. Autores: Nigel Palastanga, Derek Field, Roger Soames. Edición 2007.

Páginas Webs:

- ✓ <http://www.americano.com.uy/> (Sanatorio Americano)
- ✓ <http://www.cardiosalud.org/> (Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular)
- ✓ <http://www.ine.gub.uy/> (Instituto Nacional de Estadística – Uruguay)
- ✓ <http://www.fenf.edu.uy/> (Facultad de Enfermería – Udelar)
- ✓ http://www.msp.gub.uy/index_1.html (Ministerio de Salud Pública)
- ✓ <http://www.paho.org/uru/> (Organización Panamericana de la Salud-Uruguay)
- ✓ <http://www.smu.org.uy/> (Sindicato Médico del Uruguay)
- ✓ <http://www.who.int/es/> (Organización Mundial de la Salud)
- ✓ <http://whqlibdoc.who.int/publications> (Organización Mundial de la Salud-Publicaciones)
- ✓ <http://www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/> (Segundo reto mundial por la Seguridad del paciente)
- ✓ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70084/1/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf?GSBYPAS=9D8AC971AC2D74C5032CCBFC3FC977D4&N=hny1G6&M=application/pdf&D (OMS Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Segundo Reto Mundial por la seguridad del paciente, La Cirugía Salva Vidas)
- ✓ http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa.pdf. (Organización Panamericana de la Salud. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009: la cirugía segura salva vidas)

ANEXOS

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía



Organización Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente
Una atención mundial para una atención más segura

Antes de la inducción de la anestesia

(Con el enfermero y el anestesiista, como mínimo)

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede
¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede
¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?	<input type="checkbox"/> Sí
¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?	<input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene el paciente...	
... Alergias conocidas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible
... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

Antes de la incisión cutánea

(Con el enfermero, el anestesiista y el cirujano)

<input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función	<input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento
¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede
Prevención de eventos críticos	
Cirujano:	
¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?	<input type="checkbox"/> ¿Cual es la pérdida de sangre prevista?
¿Cuanto durará la operación?	
Anestesiista:	
¿Presenta el paciente algún problema específico?	
Equipo de enfermería:	
¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?	<input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?
¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede

Antes de que el paciente salga del quirófano

(Con el enfermero, el anestesiista y el cirujano)

El enfermero confirma verbalmente:	
<input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento	
<input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gasas y agujas	
<input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)	
<input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos	
Cirujano, anestesiista y enfermero:	
<input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?	

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.

Revisado 1 / 2009

© OMS, 2009

Anexo N°2: Lista de Verificación de Sanatorio Americano

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN CIRUGÍA



Nombre del paciente: Cl. Institución: Procedimiento realizado: Fecha: Hora:

Al iniciar el cierre de la incisión quirúrgica

ANTES DE LA SALIDA DE SALA DE OPERACIONES	
Enfermero circulante confirma verbalmente con el equipo el nombre del procedimiento	SI NO
Instrumentalista confirma el recuento de gasas, agujas e instrumentos	SI NO
Correcto	SI NO
En caso incorrecto: protocolo cumplido	SI NO
Enfermero circulante confirma verbalmente con el equipo el rotulado adecuado de:	
Muestras para Laboratorio	SI NO N/AP
Piezas de Anatomía Patológica	SI NO N/AP
Cirujano, anestesiólogo y circulante revisan puntos críticos a tener en cuenta para la recuperación y manejo postoperatorio	SI NO
Cirujano confirma la adecuada realización de: Pedido de Análisis Patológicos y/o Laboratorio Descripción operatoria Indicaciones postoperatorias	SI NO N/AP
Anestesiólogo confirma la adecuada realización de la Hoja de Anestesia	SI NO
Todos los miembros del equipo destacan cualquier problema con el instrumental quirúrgico y/o anestésico	SI NO
Comentarios:	



Antes de la incisión quirúrgica

ANTES DE INICIAR LA CIRUGÍA	
Se verifica la presencia de todos los miembros del equipo en block	SI NO
Cirujano, anestesiólogo y enfermero circulante confirman: Identidad del paciente	SI NO
Procedimiento a realizar	SI NO
Sitio quirúrgico	SI NO N/AP
Instrumentalista comunica: Identificación del instrumento y equipo confirmada Disponibilidad de equipos especiales solicitados	SI NO
Anestesiólogo comunica cualquier aspecto crítico del paciente: Oxímetro colocado	SI NO
Monitorización adecuada	SI NO
Cirujano comunica: Pasos críticos del procedimiento y alternativos Procedimiento a realizar Sitio quirúrgico Duración aprox. del procedimiento	SI NO SI NO SI NO N/AP SI NO
Anticoagulantes profilácticos administrados	SI NO N/AP
ATB profilácticos administrados	SI NO N/AP

Antes de la intubación anestésica

ALETRAR EL PACIENTE	
El equipo asistencial confirma con el paciente (o su responsable) Su identidad	SI NO
Procedimiento a realizar	SI NO N/AP
Sitio quirúrgico	SI NO N/AP
Consentimiento informado	SI NO
Consulta pre anestésica	SI NO
Imagenología previa	SI NO N/AP
Radiólogo	SI NO N/AP
Patólogo	SI NO N/AP
Se hizo control de seguridad anestésico	SI NO N/AP
Riesgo de dificultad en vía aérea	SI NO
Equipo alternativo adecuado	SI NO
Tiene el paciente alguna alergia conocida	SI NO
Camis de CTI reservada	SI NO N/AP
Anticoagulantes profilácticos	SI NO N/AP
ATB profilácticos	SI NO N/AP
Riesgo de pérdida sanguínea > 500 ml (> 7 ml/kg en niños)	SI NO
Accesos IV adecuados	SI NO
Hemoterapia	SI NO

Anexo N°3: Sanatorio Americano-Año 2012-FNR

Total		4128
Cardiodesfibriladores	Total	26
	Implante	19
	Posteriores	7
Cateterismo Derecho	Total	5
	Adulto	5
Cateterismo Terapéutico	Total	40
	General	40
Cirugía Cardíaca	Total	599
	Adulto	532
	Infantil	67
Hemodinámica Ia	Total	31
	Infantil	31
Marcapasos	Total	295
	Implante	240
	Posteriores	55
PCI	Total	1983
	Angio+Hem.	877
	" diferida	57
	Hemodin.	1049
Prótesis de Cadera	Total	738
	Artrosis	503
	Fractura	195
	Recambio	40
Prótesis de Rodilla	Total	400
	Implante	394
	Revisión	6
Trasplante Cardíaco	Total	11
	Adulto	3
	Pre-Traspl.	8

Anexo N°4: A) Carta solicitud de Premiso a Sanatorio Americano

Montevideo, 12 de Junio de 2013.

Sanatorio Americano.

Lic. Jefe Block Quirúrgico

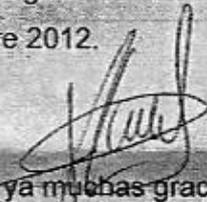
Nora Bacino.

Solicito a usted la autorización siempre que sea posible del relevamiento y auditoria de datos, para la realización de la etapa final de la Memoria de grado, durante la culminación de mi carrera Licenciado en Enfermería.

Dicha Tesis seria fundamentada en un relevamiento de los archivos existentes sobre la Lista de verificación para la Seguridad Quirúrgica, llamado comúnmente dentro de la Institución: Check List,

Me comprometo a mantener la confidencialidad de los datos, en este caso seria realizada en Sanatorio Americano, precisamente en el área quirúrgica.

Periodo de análisis: Archivos: desde 1 Julio 2012 al 31 Diciembre 2012.



Desde ya muchas gracias

Saluda atentamente

Henry Martinez

N° fun. 3501

A) Carta solicitud de Autorización a Sanatorio Americano



Montevideo, 19 de Junio de 2013.

Sr. Henry Martínez
N° Func. 3501

Autorizo al Auxiliar de Enfermería Henry Martínez a realizar la auditoria y relevamiento de los datos, para la realización de la etapa final de la Memoria de grado.

La auditoria de datos será realizada bajo los principios de confidencialidad de los datos extraídos del sistema de base de datos de nuestra institución.

Dicho relevamiento de datos deberá ser bajo supervisión directa del jefe de Block. Seria conveniente para nuestra Institución poder contar con una copia de dicha memoria de grado, la cual seria beneficioso para conocer los resultados volcados y mejorar la atención al Usuario en seguridad anestésico quirúrgica.

Desde ya muy agradecidos por elegir nuestra Institución para realizar su investigación, quedo a las ordenes para lo que necesite.

Saluda atentamente
Lic. Jefe Block Quirúrgico
Nora Bacino



Anexo N°5

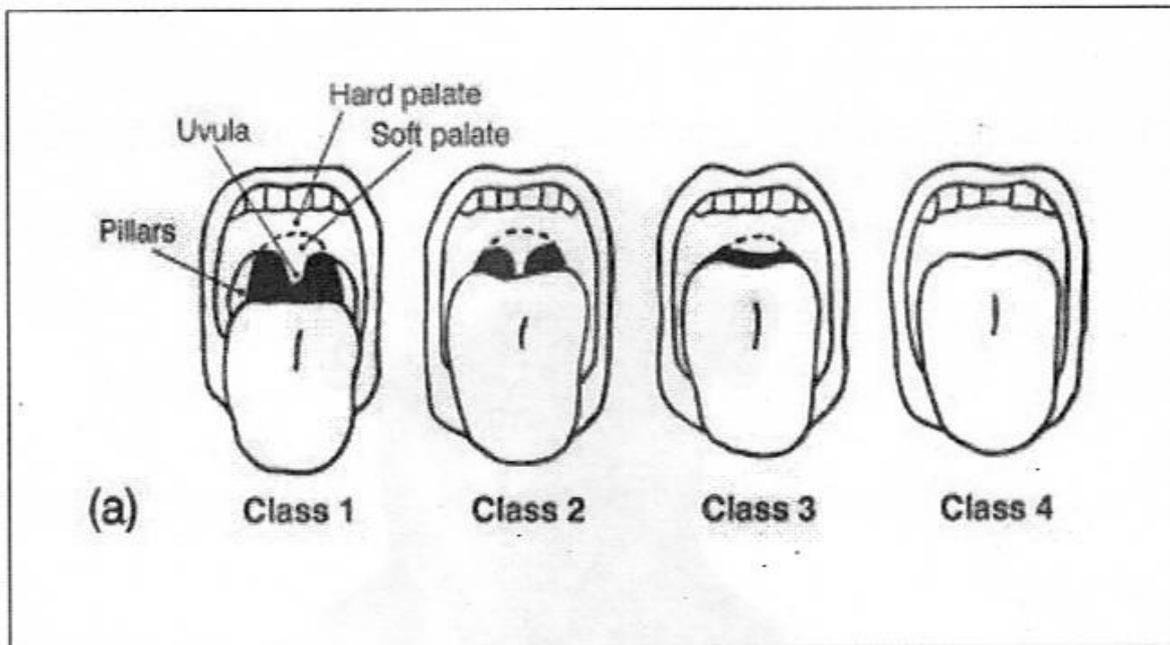


Figure 1. The Mallampati score:

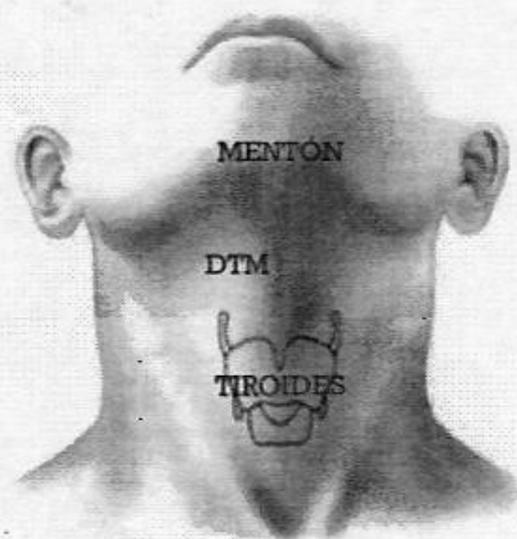
Class 1. Complete visualization of the soft palate

Class 2. Complete visualization of the uvula

Class 3. Visualization of only the base of the uvula

Class 4. Soft palate is not visible at all

Anexo N°6



1. **Grado 1:** Distancia mayor a 6,5 cm.
2. **Grado 2:** Distancia entre 6 y 6,5 cm.
3. **Grado 3:** Distancia menor a 6 cm.